

143

Année 1971
— —

THÈSE

N° —

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

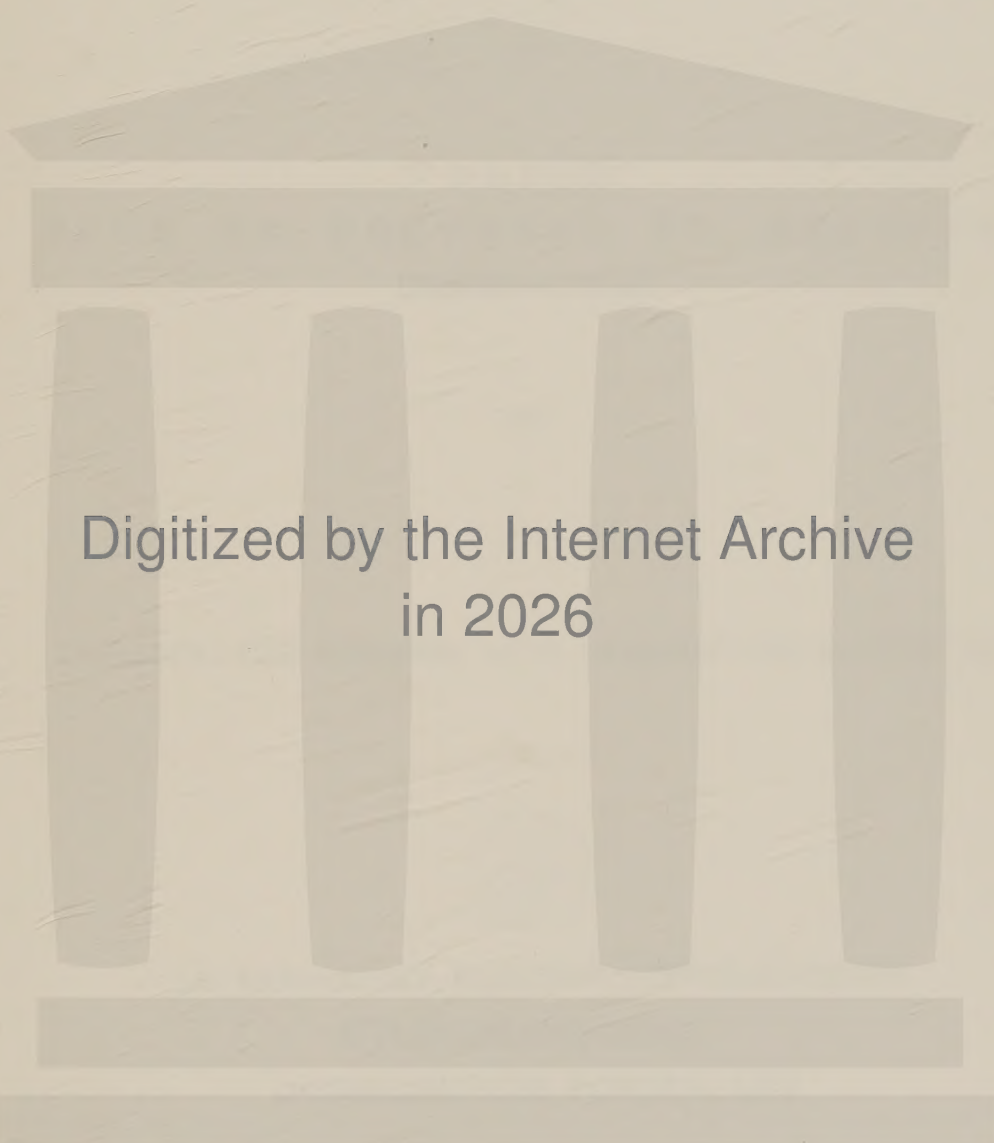
François PERLMUTTER

né le 13 Juillet 1942 à Lyon (69)

LE TABAGISME PARISIEN CONTEMPORAIN

- Étude statistique
 - Conséquences pondérales
-

Président : M. Etienne FOURNIER, Professeur



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41556014_0033

ACADEMIE DE PARIS
UNIVERSITE RENE DESCARTES

Faculté de Médecine Necker - Enfants Malades

THESE
POUR LE DOCTORAT EN MEDECINE
(Diplôme d'Etat)

par

PERLMUTTER François, né le 13 juillet 1942 à LYON (69)



LE TABAGISME PARISIEN CONTEMPORAIN
ETUDE STATISTIQUE
CONSEQUENCES PONDERALES

Président : Monsieur Etienne FOURNIER, Professeur

ACADEMIE DE PARIS
UNIVERSITE DE PARIS

Faculté de Médecine - Paris

LE DOCTEUR EN MÉDECINE
(Diplôme d'Etat)

Paris

PERLMUTTER François, né le 28 juillet 1885 à Paris (1885)



LE TITULAIRE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
ET DE CHIRURGIE
(Diplôme d'Etat)

Le 28 juillet 1885, à Paris (1885)

A MES PARENTS,

A MA FEMME,

A MON FILS,

A Jean MIQUEL

humaniste

fumeur de pipe

Directeur du Collège Sainte-Barbe

Vous avez été le guide de notre adolescence

Vous êtes notre Ami.

A Monsieur le Professeur FOURNIER

Vous nous faites l'honneur de présider
notre Thèse.

Nous vous remercions de votre confiance
et de l'aide que vous nous avez apportée,
en particulier en nous permettant de consulter
les documents de l'Unité de Recherche
de Toxicologie de l'Hôpital Fernand Widal.

Soyez assuré de notre respectueux attachement.

A Monsieur le Docteur ZIVY

Vous nous avez secondé avec dévouement.

Grâce à vous, ce travail a pu être mené à bien;
qu'il soit le témoignage de notre sympathie.

A Monsieur le Professeur DEBRAY

C'est dans votre Service que nous avons
approché les patients pour la première fois.
Vous nous avez aidé à les aborder et
à les écouter.

Nous vous assurons de notre gratitude.

A Monsieur le Professeur MALLET

Alliant l'art d'être grand-père
à un sens clinique admirable,
homme d'esprit, gastronome accompli,
vous nous avez séduit.

Nous gardons de vous le souvenir d'un patron
aimé et admiré, d'un enseignant efficace.

P R E A M B U L E

Dans une société et à un moment déterminés, une enquête sur la consommation tabagique fournit, outre sa valeur documentaire propre, des éléments statistiques qui sont indispensables pour mesurer la responsabilité du tabac dans telle ou telle affection. Sans cette investigation, on ne peut en effet comparer, dans le même milieu et au même moment, le tabagisme des malades à celui des sujets sains.

POPULATION ETUDIEE

C'est en général au cours d'examens systématiques, dans divers cadres de médecine de collectivité à Paris (dispensaires, service médical de la R. A. T. P.), qu'ont été interrogés 3 127 hommes et femmes âgés de plus de 17 ans, sans sélection ni échantillonnage. Ce groupe d'ouvriers, employés et cadres moyens, représente un ensemble assez caractéristique de la population laborieuse parisienne. Pour chaque sujet ont été relevés l'ethnie, le sexe, l'âge, les caractéristiques du comportement tabagique (mode, technique et niveau quotidien moyen de consommation), la taille, le poids ainsi que les variations possibles de celui-ci à l'occasion d'éventuels changements du comportement tabagique, enfin les faits pathologiques.

NIVEAU DE CONSOMMATION

Le niveau de consommation est cependant entaché de subjectivité dans nombre de cas. Le fumeur ne comptabilise pas ses cigarettes car il en a sur lui, chez lui, dans sa voiture, à son lieu de travail, il en reçoit et il en offre ; fréquemment, il assure ne les consommer qu'en partie ou encore minimise le niveau réel, que ce soit par crainte d'un conseil restrictif,

présence d'un tiers ou assimilation de l'interrogatoire à un geste dépréciateur. C'est pourquoi il doit se sentir en confiance face à un enquêteur parfaitement impartial, "neutre", qui renouvellera ses questions lors d'un entretien ultérieur suffisamment éloigné. Si l'extension de l'enquête permet finalement de compenser des erreurs d'estimation, il restera cependant que les tranches de consommation retenues pour le collationnement des faits étudiés répondront chacune à des niveaux de consommation légèrement supérieurs.

Pour 450 sujets, un contrôle de l'oxycarbonémie et de ses variations au cours de la journée s'est avéré un moyen de contrôle peu précis mais fidèle de l'inhalation tabagique.

RESULTATS CHIFFRES

Les résultats sont exprimés en pourcentages, sans aucune manipulation statistique, et doivent être considérés comme des faits bruts.

°
° °

E N Q U E T E

EFFECTIFS ET DIVISIONS STATISTIQUES

Ne figurent pas dans le relevé statistique d'ensemble 646 sujets, 247 en raison de leur ethnie et 399 malades : en effet certaines caractéristiques individuelles pouvaient être modifiées du fait, ici de la maladie, là de la morphologie et des coutumes. On trouvera en appendice d'une part quelques indications concernant le tabagisme de ces ethnies transplantées, et d'autre part une confrontation du comportement tabagique de deux catégories de malades et de celui de sujets sains qui permettra de concevoir l'importance étiologique de la fumerie.

Le travail statistique de base porte donc sur 2 481 sujets, soit 1 542 hommes et 939 femmes.

Chaque sexe est réparti en cinq tranches d'âge :

- I : de 18 à 25 ans
- II : de 26 à 35 ans
- III : de 36 à 45 ans
- IV : de 46 à 60 ans
- V : plus de 60 ans.

Chacune de ces tranches d'âge est subdivisée en petits (P), moyens (M), et grands (G) sujets, sachant que la taille moyenne se situe entre 168 et 177 centimètres pour les hommes et entre 158 et 164 centimètres pour les femmes.

Enfin, les sujets sont répartis en non-fumeurs (NF) et en fumeurs (F), parmi lesquels les fumeurs exclusifs de cigarettes sont groupés en quatre niveaux de consommation quotidienne :

- A : de 1 à 5 cigarettes
- B : de 6 à 15 cigarettes
- C : de 16 à 24 cigarettes
- D : plus de 24 cigarettes ;

chez l'homme sont en outre individualisés les fumeurs exclusifs de cigare ou de pipe, ainsi que les fumeurs mixtes, ceux-ci associant plusieurs modes tabagiques.

Avec un effectif de 1 542 hommes, les différents sous-groupes résultant de la répartition de base sont suffisants pour permettre d'établir des conclusions intéressantes quant aux fumeurs de cigarettes, alors que les fumeurs de cigare, de pipe, ou les fumeurs mixtes sont ici insuffisamment représentés pour que l'analyse soit poussée très avant à leur sujet. En outre il n'a été interrogé que 939 femmes, ce qui ne permet pas de préciser certains points dans plusieurs sous-groupes de taille et d'âge ; en particulier, la proportion de fumeuses, surtout des fortes consommatrices, est beaucoup plus faible que chez les hommes, et il faudrait interroger environ 5 000 femmes pour que les conclusions aient autant de valeur que celles concernant les hommes.

°
° °

TECHNIQUE DE CONSOMMATION - INHALATION TABAGIQUE

Les fumeurs discernent souvent mal leur façon de fumer : beaucoup croient et disent ne pas "avaler" la fumée, alors que cependant ils l'inhalent.

Pour environ 450 sujets ont été confrontés : la façon de fumer (observée directement), le niveau de consommation avoué et le taux d'oxycarbonémie au réveil ou au cours de la journée (ce taux fournit de bons renseignements concernant la technique de fumerie). Les fumeurs pratiquant l'inhalation directe majeure (ils "tirent" sur la cigarette en respirant profondément) ont presque toujours au milieu de l'après-midi une oxycarbonémie supérieure à 1 ml % ; après 20 cigarettes elle s'élève le soir à 2 ml % ; chez les forts consommateurs inhaleurs, il persiste au réveil une oxycarbonémie résiduelle avoisinant 1 ml %.

Généralement, à partir de dix cigarettes par jour, la très grande majorité des fumeurs est composée d'inhaleurs, alors qu'on ne dénombre guère qu'un vingtième d'inhaleurs parmi les consommateurs de pipe et de cigare. Pour l'ensemble de notre échantillon de population parisienne, non-fumeurs inclus, 56 % des hommes et 22 % des femmes inhalent la fumée du tabac, et ces pourcentages sont encore plus élevés dans la première tranche d'âge. D'autre part il est à noter que les enfants de 10 à 15 ans que nous avons vu fumer inhalent presque tous, à l'imitation des adultes.

Ces faits démontrent en quoi le tabagisme, autrefois négligeable, engendre actuellement un risque grave, de par l'extraordinaire diffusion de la cigarette et de par son corollaire qu'est l'inhalation. Rappelons seulement qu'en France il a été vendu 7 millions de cigarettes en 1860 et 65 milliards en 1970, et qu'aux U. S. A. les ventes sont passées de 40 millions en 1900 à 500 milliards en 1970.

L'inhalation majeure directe a introduit de nouveaux éléments dans la notion de toxicité tabagique : il y a une agression directe des délicates voies aériennes profondes, jadis respectées, et, au lieu d'une muqueuse buccale

peu étendue, c'est une surface de résorption considérable (environ 100 m²) qui permet le passage massif des composants de la fumée dans l'organisme. A la manie simplement occupationnelle, classique, se substitue ainsi une toxicomanie.

Cependant l'inhalation comporte d'autres modalités moins nocives, telle la très faible agression imposée par les fumeurs aux non-fumeurs, pouvant se manifester chez ceux-ci par une irritation banale ou une réaction de sensibilisation. Chez les fumeurs ne gardant pas la cigarette aux lèvres lors de l'inspiration et rejetant la fumée avant d'inspirer, la nocivité est encore faible ; ceci concerne environ la moitié des sujets fumant moins de 10 cigarettes par jour. L'inhalation est plus accusée quand le support tabagique est gardé aux lèvres lors de l'inspiration, surtout si les lèvres sont fermées, une partie de l'air inspiré passant alors obligatoirement par la cigarette, la pipe ou le cigare ; ceci concerne la moitié des petits fumeurs et une assez forte proportion des usagers de pipe ou de cigare. Quant à l'inhalation majeure et consciente, elle peut être soit en deux temps, par aspiration buccale puis inspiration, soit directe, la cigarette étant allumée et consommée uniquement par l'inspiration profonde ; ce dernier mode concerne la moitié des jeunes fumeurs et 95 % des très grands consommateurs.

EXTENSION SOCIALE DES MODES TABAGIQUES ET NIVEAUX DE CONSOMMATION

Dans la population considérée, les proportions de fumeurs et de non-fumeurs sont dans des rapports approximativement inverses selon le sexe ; ainsi, il y a 35 % de fumeuses et 31,5 % de non-fumeurs (cf. tableau I). Dans les deux sexes, le recours au tabac diminue dans les tranches d'âge élevées, surtout chez la femme.

Les autres modes que la cigarette exclusive n'intéressent que 4,3 % des hommes. Quant à la pratique de rouler les cigarettes, elle ne se retrouve que chez environ 1 % de fumeurs ; elle tend à freiner souvent, mais non toujours, la consommation.

La consommation annuelle par sujet adulte est en moyenne de 2 688 cigarettes (3 891 pour l'homme et 1 485 pour la femme), ce qui équivaut à une consommation quotidienne moyenne de 10,7 pour l'homme et 4,1 pour la femme. Rapportée aux seuls fumeurs, elle est de 4 969 pour leur ensemble (5 694 pour l'homme et 4 242 pour la femme), soit chaque jour de 15,6 et 11,6, en moyenne et respectivement (cf. tableau II).

Ainsi nos fumeurs parisiens consomment près de 5 000 cigarettes par an, les hommes un peu plus et les femmes un peu moins. Cependant le niveau de consommation de celles-ci tend à se rapprocher de celui des hommes, surtout après 40 ans, et on verra qu'il peut le dépasser, notamment chez les femmes de petite taille de moins de 35 ans et de plus de 60 ans.

L'étude des niveaux de consommation aux divers âges montre que dans l'ensemble, 51 % des hommes fumeurs de cigarettes en consomment au moins 20 par jour ; ainsi, plus d'un tiers de la population masculine est constituée par de grands ou de très grands fumeurs, le niveau de 30 cigarettes par jour étant atteint ou dépassé par 14 % des hommes fumeurs (ce qui correspond à un dixième de la population masculine). On voit également qu'un tiers à peine des fumeuses "brûlent" 20 cigarettes par jour ou davantage,

ces grandes fumeuses ne représentant guère plus d'un dixième de la population féminine ; quant aux 30 cigarettes par jour, elles ne sont atteintes ou dépassées que chez 7 % des fumeuses, qui représentent 2,6 % de la population féminine. Enfin, on peut noter que les plus forts contingents de grands fumeurs se retrouvent d'une part chez l'homme de 26 à 45 ans, où 55 % des fumeurs de cigarettes en consomment 20 ou plus, et 18 % atteignent ou dépassent 30 (ces chiffres représentent respectivement 35 % et 11,7 % de la population masculine de cette tranche d'âge), et d'autre part chez la femme de 46 à 60 ans, où 45,8 % des fumeuses consomment chaque jour 20 cigarettes ou plus et 10 % atteignent 30 (ce qui représente respectivement 15,6 et 3,4 % de la population féminine).

°
° °

TABLEAU I
PROPORTION DES FUMEURS DES DIVERSES CATEGORIES (en %)
Travailleurs parisiens 1969 - 1970

	ensemble	I	II	III	IV	V
FEMMES (cigarette)	35	38, 8	38, 5	35, 8	33	18
A	12	12, 3	18, 8	10, 4	8, 7	5, 3
B	11, 4	15, 5	11, 3	12, 2	8, 7	5, 1
C	9	8, 7	5, 6	10, 9	12,	6, 3
D	2, 6	2, 3	2, 8	2, 3	3, 4	1, 3
HOMMES	68, 5	72	71	71, 2	68, 9	60, 6
(cigarette)	64, 2	70, 1	67	64, 9	63, 8	55, 9
A	9, 9	15, 4	5, 9	7, 2	8, 2	12, 6
B	22	22, 1	25, 1	20, 8	23, 2	18, 8
C	23, 5	22, 8	24, 7	24, 9	25, 4	19, 8
D	8, 8	9, 8	11, 3	12	6, 9	4, 7
(divers)	4, 3	1, 9	4	6, 3	5, 1	4, 7
pipe	1, 7	1, 5	2, 3	2	2, 6	?
cigare	0, 8	?	1, 3	1, 5	1, 5	4, 7
mixtes	1, 8	0, 4	0, 4	2, 8	0, 8	?

I = de 18 à 25 ans

II = de 26 à 35 ans

III = de 36 à 45 ans

IV = de 46 à 60 ans

V = au-dessus de 60 ans

A = de 1 à 5 cigarettes par jour

B = de 6 à 15 cigarettes par jour

C = de 16 à 24 cigarettes par jour

D = plus de 24 cigarettes par jour

TABLEAU II

CONSOMMATION QUOTIDIENNE MOYENNE DE CIGARETTES PAR FUMEUR

(les chiffres mis entre parenthèses représentent la c. q. m. par individu, les non-fumeurs étant alors compris)

	ensemble	I	II	III	IV	V
FEMMES	11, 6 (4, 1)	11, 2 (4, 3)	9, 5 (3, 7)	12, 3 (4, 4)	13, 9 (4, 6)	12, 3 (2, 3)
P	13, 2 (4, 1)	11, 5 (4, 3)	11, 8 (3, 7)	12, 9 (3, 4)	15, 3 (5, 2)	14, 5 (3, 6)
M	10, 3 (3, 4)	10, 7 (3, 8)	7, 5 (3, 2)	12, 1 (4, 3)	12, 4 (3, 1)	8, 7 (0, 8)
G	11, 8 (5, 1)	11, 5 (5, 2)	10, 5 (4, 5)	12, 1 (5, 8)	13, 4 (6, 4)	10, 7 (2, 7)
HOMMES	15, 6 (10, 7)	14, 4 (10, 3)	16, 4 (11, 4)	16, 7 (11, 6)	15, 2 (10, 2)	13, 6 (8)
P	14, 7 (10)	9, 7 (6, 4)	11, 4 (8, 3)	15, 9 (11, 6)	15, 7 (10, 6)	14, 4 (9, 6)
M	15, 9 (11)	15, 5 (11, 2)	16, 6 (12, 5)	16, 9 (11, 4)	15, 2 (10, 2)	13 (7, 3)
G	15, 9 (10, 6)	14, 4 (10, 4)	19, 2 (12, 5)	17, 7 (12, 3)	14, 1 (9, 6)	12, 4 (5, 2)

P = petit (e)

M = moyen (ne)

G = grand (e)

TAILLE ET COMPORTEMENT TABAGIQUE

Depuis une cinquantaine d'années, la taille moyenne des individus augmente (cf. tableau III). Cette augmentation a d'abord été assez lente, puis elle s'est accélérée chez les sujets nés à partir de 1939-1945, en particulier chez les hommes. La différence des tailles moyennes dans les deux sexes s'est également accrue, et le taux de croissance masculine est sensiblement plus élevé que le féminin : ce taux qui est de 3 % pour les hommes est de 1,36 % pour les femmes.

Cette progression des tailles est continue et progressive pour l'ensemble des non-fumeurs et fumeurs ; cependant des différences apparaissent lors de l'étude séparée des fumeurs et des non-fumeurs, ce qui pourrait objectiver une certaine incidence de la taille sur l'option ou l'abstention tabagique. La plus grande différence des tailles moyennes entre fumeurs et non fumeurs, dans les deux sexes, est observée chez les sujets de plus de 60 ans : la taille des fumeurs est inférieure de 2,5 centimètres à celle des non-fumeurs. Chez l'homme, la taille des fumeurs reste à peine inférieure à celle des non-fumeurs entre 35 et 60 ans, mais chez les sujets plus jeunes les fumeurs sont plus grands que les non-fumeurs d'environ 2 centimètres. Chez les femmes, la taille moyenne des fumeuses de moins de 60 ans est toujours plus élevée que celle des non-fumeuses (de 1 à 2 centimètres). Ces faits peuvent s'expliquer, chez les petits par une propension à fumer plus longtemps, et chez les grands par une tendance à fumer plus couramment que les autres lorsqu'ils sont jeunes.

La répartition des sujets en petits (P), moyens (M), grands (G) confirme cette évolution des tailles et précise un peu le rapport entre la taille et la consommation tabagique (cf. tableau IV, fig. 1 et 2). Pour l'ensemble des hommes, cette répartition est approximativement la même chez les non-fumeurs et les fumeurs de cigarettes ; par contre les fumeurs de pipe sont essentiellement de taille moyenne et la proportion des sujets de petite taille devient considérable chez les fumeurs de cigares et les fumeurs mixtes. Ces fumeurs divers ont dans l'ensemble une taille moyenne (169,8 cm),

moindre que celle des fumeurs de cigarettes (171,06 cm) ou des non-fumeurs (171,01 cm). Chez les femmes, les différences entre fumeuses et non-fumeuses sont plus marquées en raison d'une beaucoup plus forte proportion de grandes tailles parmi les fumeuses : on trouve en effet 32,5 % de fumeuses pour 22,9 % de non-fumeuses chez les grands sujets.

Quand on considère séparément les divers niveaux de consommation, on s'aperçoit que chez l'homme la proportion des grands sujets reste à peu près la même pour les fumeurs et les non-fumeurs ; par contre la proportion des petits sujets diminue régulièrement quand la consommation augmente, alors que celle des sujets moyens augmente. Par ailleurs, si les grandes femmes semblent fumer plus couramment que les autres, leur consommation moyenne est cependant plus élevée que celle des sujets de taille moyenne et inférieure à celle des petits sujets.

Lorsqu'on tient compte des diverses tranches d'âge, des différences apparaissent dans les rapports de la taille au tabagisme.

Les hommes de petite taille fument d'autant plus qu'ils sont plus âgés ; avant 45 ans ils consomment moins que les autres mais ensuite ils fument plus que les sujets moyens, qui fument eux-mêmes davantage que les grands. Si les hommes de grande taille fument plus que les autres quand ils sont âgés de 26 à 45 ans, ensuite leur consommation sera inférieure à la leur ; cependant on retrouve des proportions comparables de grands hommes par les fumeurs et les non-fumeurs aux divers âges, sauf après 60 ans où ces derniers sont majoritaires. Chez la femme, quel que soit l'âge, la consommation moyenne la plus élevée est celle des petits sujets, la proportion des petites tailles augmentant notablement chez les fortes consommatrices (45,8 % de forte consommatrices de petite taille pour 34,6 % de petites non-fumeuses, chiffres passant après 60 ans respectivement 34,6 % pour 40,5 %). Parmi ces fortes consommatrices, on trouve peu de sujets de taille moyenne (20,8 % pour 42,6 % de non-fumeuses de taille moyenne et, après 60 ans, 20 % pour 39,2 %) et encore moins de grandes femmes car si celles-ci fument souvent c'est cependant avec plus de modération.

Il apparaît ainsi, dans une certaine mesure, que diverses caractéristiques individuelles, telles que le sexe, l'âge et la taille, ont une incidence sur le comportement tabagique, celui-ci étant représenté par le recours ou non au tabac, puis par la durée, le niveau et le mode de consommation. Les rapports qui se dessinent ne sont pas simples et ne se présentent pas d'évidence comme des faits de proportionnalité ; de tels faits sont possibles car il n'est pas exclu, par exemple, que plus un sujet est grand, plus il fume ou plus il a tendance à fumer, mais alors ils sont masqués par d'autres facteurs plus difficiles à soumettre à l'analyse statistique (le psychisme, le mode de vie, le milieu ambiant, les réactions organiques individuelles, etc.).

Il est logique maintenant d'envisager en particulier l'importance de la tolérance au tabac ; l'étude du retentissement pondéral de la fumerie apporte à cet égard d'importantes indications.

TABLEAU 3

EVOLUTION DES TAILLES MOYENNES - TAILLES ET POIDS MOYENS SUIVANT
SEXE, ÂGE, MODES ET NIVEAUX DE CONSOMMATION TABAGIQUES

		ENSEMBLE		I		II		III		IV		V	
N F + F	HOMMES	171,04	68,8	173,98	65,9	171,4	68,4	170,9	70,1	169,7	70,3	168,9	67,1
	FEMMES	160,37	56,6	161,22	52,9	160,77	54,7	160,59	58,2	159,35	59,9	159,05	58,4
	≠ T.M.	10,67		12,76		10,63		10,31		10,35		9,85	
F E M M E S	N.F.	159,9	56,96	160,8	52,5	160,30	54,7	159,9	58,5	159	60,8	159,5	59,4
	F. cigarettes	161,2	55,77	161,8	53,6	161,5	54,6	161,9	57,7	160,1	57,9	157	54,3
	A	160,8	55,4	160,5	52,9	161,5	54,9	161,5	55,6	159,8	60,3	157	54,7
	B	161,7	56,1	162,4	54,1	162	55,4	161,1	58,6	161,5	56,6	159,6	59
	C	161,1	55,7	163,7	53,2	159,6	53,5	163,5	59,6	158,4	56,4	155,8	48,8
	D	161,2	56,3	157,8	55,8	164	52,3	160	53,6	163,1	61,1	153	62
H O M M E S	N.F.	171,01	71,51	173,4	68,7	170,8	70	171,18	73,1	169,8	73,6	170,74	70
	F	171,06	67,7	174,2	65	171,7	67,8	170,8	68,9	169,3	68,7	167,7	65
	F. cigarettes	171,15	67,4	174,3	64,3	171,66	67,8	170,8	68,4	169,8	68,5	168	65,1
	A	171,04	68,4	173,4	64,3	168,9	69,2	169,3	71,3	171,1	70,1	170	68,9
	B	170,73	67,4	174,1	65	171,2	66,9	170,9	69,1	169,5	68,4	165,8	64,4
	C	171,28	67,4	155,2	65,3	172,1	68,1	170,8	68,6	169,6	68,1	168,7	62,8
	D	171,9	66,6	174,2	65,2	173,5	68,6	171,5	65,1	169,4	68	169	67,2
	F. Divers	169,8	71,3	170,2	68,8	171,08	66,3	171,5	74,6	168,3	72,4	165,6	67
	Pipe	170,5	71,4	170,3	68	172,8	69,1	171,9	75,4	168,3	71,1		
	Cigare	169,8	70,6			169	62,7	174,8	76	169,3	73,4	165,6	67
	Mixtes	168,7	72,3					169,5	73,3	166,8	74,8		

Les tailles sont exprimées d'abord, en centimètres, suivies par les poids en kilogrammes

NF = non-fumeurs - A = 1 à 5 cig./j.

F = fumeurs

B = 6 à 15 -

C = 16 à 24 -

D = plus de 24 -

I = de 18 à 25 ans

II = de 26 à 35 -

III = de 36 à 45 -

IV = de 45 à 60 -

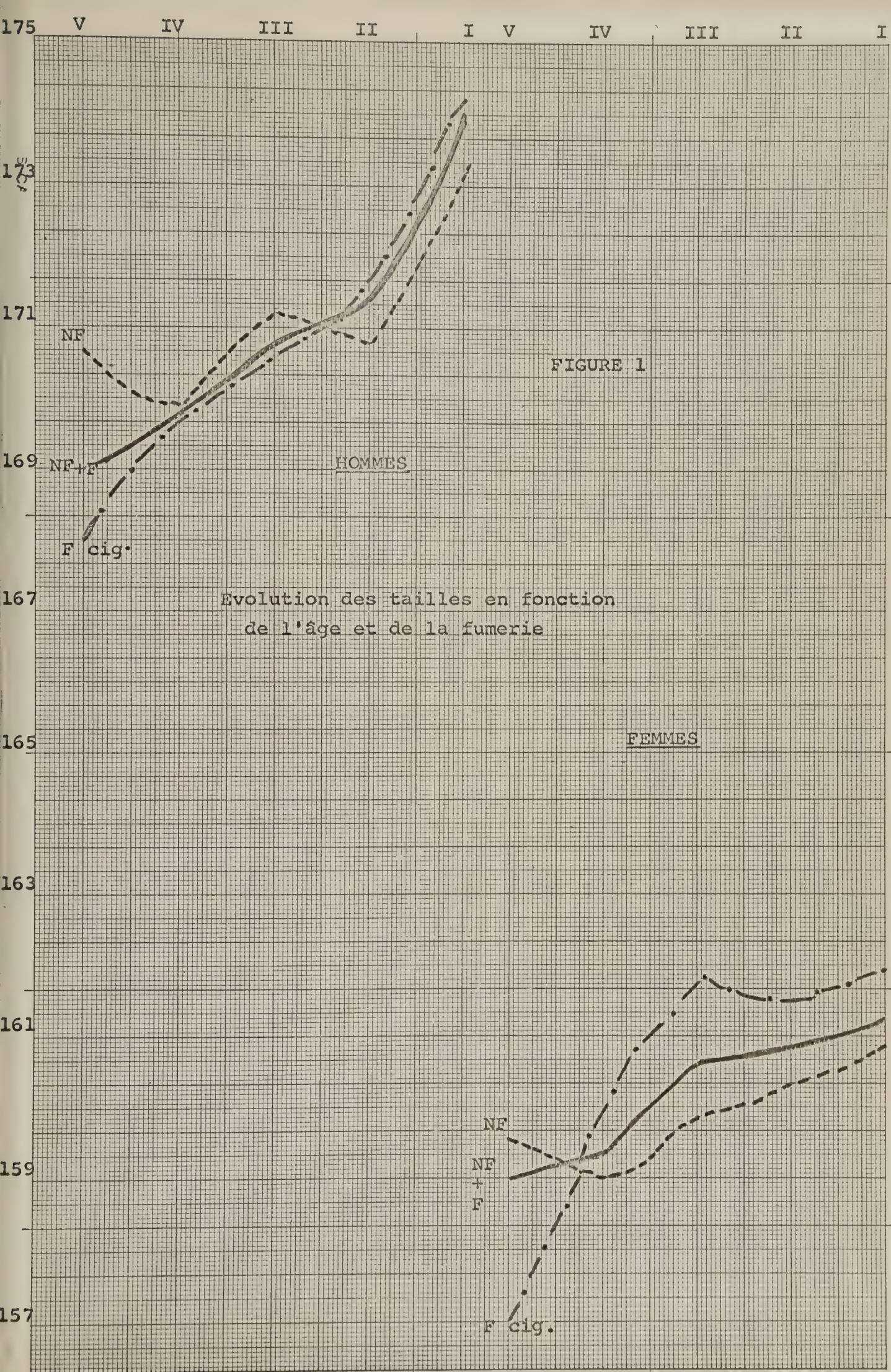
V = plus de 60 -



TABLEAU IV

REPARTITION DES TAILLES POUR 100 SUJETS ADULTES
FUMEURS ET NON-FUMEURS
COMPTE TENU DE L'AGE
(Nombres exprimés en %)

	H O M M E S			F E M M E S		
	P	M	G	P	M	G
Ensemble	28, 1	55, 4	16, 5	32, 6	41, 3	26, 1
N F	28, 5	53, 8	17, 6	34, 5	42, 6	22, 9
F. cigarette	27, 6	55, 8	16, 6	28, 9	38, 6	32, 5
A	31, 9	50, 4	17, 7	24, 7	45	30, 3
B	29, 2	55, 5	15, 3	26, 5	38, 2	35, 3
C	26, 5	56, 9	16, 4	32, 9	35, 3	31, 7
D	22, 2	59	18, 8	45, 8	20, 8	33, 4
F. pipe	19, 3	74, 2	6, 4			
F. cigare	43, 4	43, 4	13, 1			
F. mixtes	47	53				



cig/j.

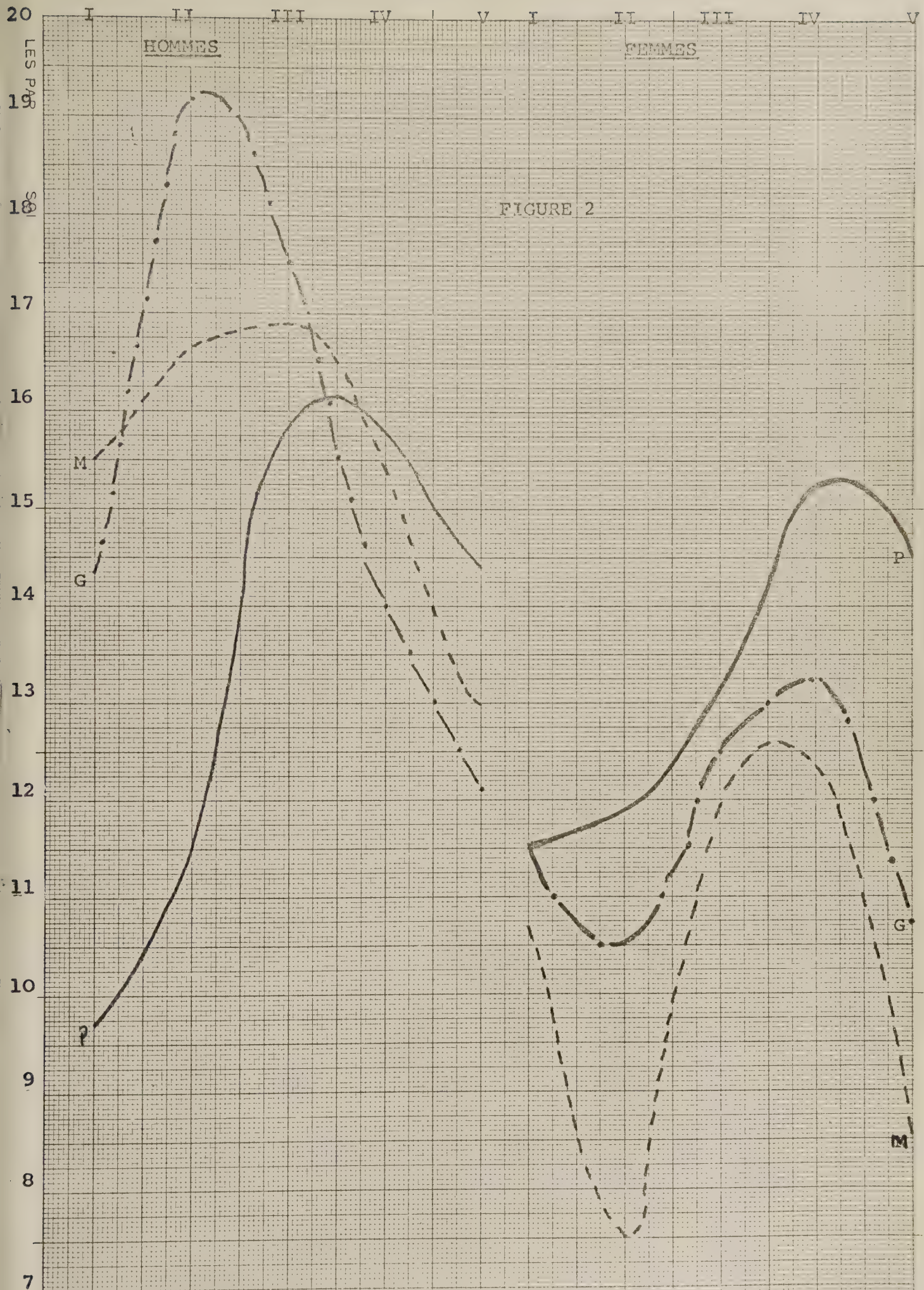


FIGURE 2

CONSOMMATION QUOTIDIENNE MOYENNE EN CIGARETTES
EN FONCTION DE L'AGE ET DE LA TAILLE

FUMERIE ET POIDS CORPOREL

Il y a chez les fumeurs de cigarettes un déficit pondéral moyen qui atteint approximativement 4 kilogrammes pour les hommes et 2 kilogrammes pour les femmes.

Chez les hommes, tous âges réunis et pour une consommation moyenne individuelle quotidienne de 15 cigarettes, le déficit pondéral est pour les petits, moyens et grands sujets, respectivement de 3,200, 4,200 et 4,400 kilogrammes. Par contre on n'observe pas de déficit pondéral notable chez les fumeurs de pipe, de cigare, ou les fumeurs mixtes ; les fumeurs de pipe de petite taille ont même un surcroît pondéral de 2 kilogrammes que l'on peut rapporter à un fait de sélection particulière, car il s'agit en majorité de "fumeurs tranquilles".

Chez les fumeurs de cigarettes, il existe une relation assez nette entre le déficit pondéral moyen et le niveau de consommation (cf. fig. 3). En effet, dans tous les groupes de taille, ce déficit croît avec la consommation et il est même déjà plus qu'à demi acquis alors que la consommation est encore très faible (3 ou 4 cigarettes par jour). Paradoxalement, pour une consommation identique et au moins jusqu'à 24 cigarettes par jour, le déficit pondéral moyen est plus faible chez les petits sujets que chez les grands et la différence est bien plus importante que celle que l'on aurait retrouvée si les déficits pondéraux étaient proportionnels à la taille. En outre, chez les grands sujets consommant plus de 24 cigarettes par jour, le déficit pondéral paraît moindre que pour les grands sujets consommant moins et pour les autres forts consommateurs.

Avant 26 ans, le déficit pondéral est d'autant plus faible que la taille est élevée, et l'on observe même un surcroît pondéral chez les grands sujets ; de 26 à 35 ans, il est important chez les sujets de taille moyenne, alors qu'il est minime chez les petits et les grands ; de 36 à 45 ans, il est comparable à celui des sujets jeunes, dominant chez les petits individus ; de 46 à 60 ans, il devient plus important et domine chez les grands sujets ;

après 60 ans, il reste considérable chez les grands sujets, important chez les moyens, et quant aux petits, ils présentent un surcroît pondéral par rapport aux non-fumeurs.

Dans l'ensemble il paraît donc y avoir une moins bonne tolérance au tabac à mesure que les sujets sont plus âgés, les petits sujets paraissant cependant être plus tolérants que les grands ; nous avons du reste vu que la proportion de grands sujets chez les fumeurs de plus de 60 ans est faible (11,26 % alors qu'il y en a 22 % chez les non-fumeurs), s'opposant à la forte proportion de petits sujets parmi les fumeurs de plus de 60 ans (50,7 % contre 36 % chez les non-fumeurs).

Le déficit pondéral moyen des femmes est moindre. Ainsi, pour les fumeuses de petite, moyenne et grande taille, ayant une consommation moyenne quotidienne respective en cigarettes de 13,2, 10,34 et 11,79, on a respectivement des déficits pondéraux moyens de 2,4, 2,4 et 1,1 kilogrammes.

Pour l'ensemble des fumeuses, tous âges réunis, la relation avec le niveau de consommation est moins nette que pour les hommes ; le déficit pondéral le plus net est observé chez les faibles consommatrices, comme si beaucoup parmi elles ne fumaient pas davantage en raison d'une mauvaise tolérance au tabac ; au-delà, mais au-dessous de 24 cigarettes par jour, contrairement aux hommes, le déficit pondéral est plus marqué chez les sujets de petite taille que chez ceux de grande taille ; au-dessus de 24 cigarettes par jour, un surcroît pondéral est noté pour les grandes femmes alors qu'un déficit est net chez les petites.

Enfin, le déficit pondéral moyen augmente avec l'âge, entre 25 et 60 ans, et d'autant plus nettement que les sujets sont plus grands.

Si l'on considère donc dans les deux sexes les sous-groupes individualisés par les tailles et les âges, on met en évidence un certain nombre de faits relatifs aux conséquences pondérales de la fumerie de cigarette (cf. fig. 4). Le déficit pondéral est observé dans la majorité des sous-groupes, mais il n'y a pas de proportionnalité ni même de relation constante entre son

importance et le niveau moyen de consommation du sous-groupe étudié d'une part, non plus qu'avec la proportion de fumeurs de même taille et âge d'autre part.

La perte moyenne de poids ainsi mise en évidence résulte évidemment de la fumerie, quel que soit son mode d'action. Cependant cette perte de poids peut être statistiquement masquée. En effet, dans certains sous-groupes, une sélection se faisant ou une accoutumance intervenant dans de nombreux cas, le déficit pondéral peut être nul, et c'est le cas des fumeurs grands et petits de 26 à 35 ans ainsi que des fumeuses de taille moyenne âgées de 18 à 25 et de grande taille âgées de 26 à 35 ans d'une part et de plus de 60 ans d'autre part ; également, dans d'autres sous-groupes on observe un surcroît pondéral chez les fumeurs, ceci concernant les hommes de petite taille de plus de 60 ans et les grandes femmes âgées de 18 à 25 ans. Ces dernières constatations expliquent dans certains sous-groupes la présence d'un nombre relativement important de sujets pléthoriques, gros mangeurs et grands buveurs.

L'importance qu'a le déficit pondéral moyen dans la plupart des sous-groupes n'en prend que plus de valeur, montrant que chez un grand nombre de fumeurs il se produit un amaigrissement beaucoup plus marqué que les moyennes ne le laissent supposer.

L'étude des conséquences pondérales du sevrage tabagique en apporte du reste la preuve.

78

76

74

72

70

68

66

64

62

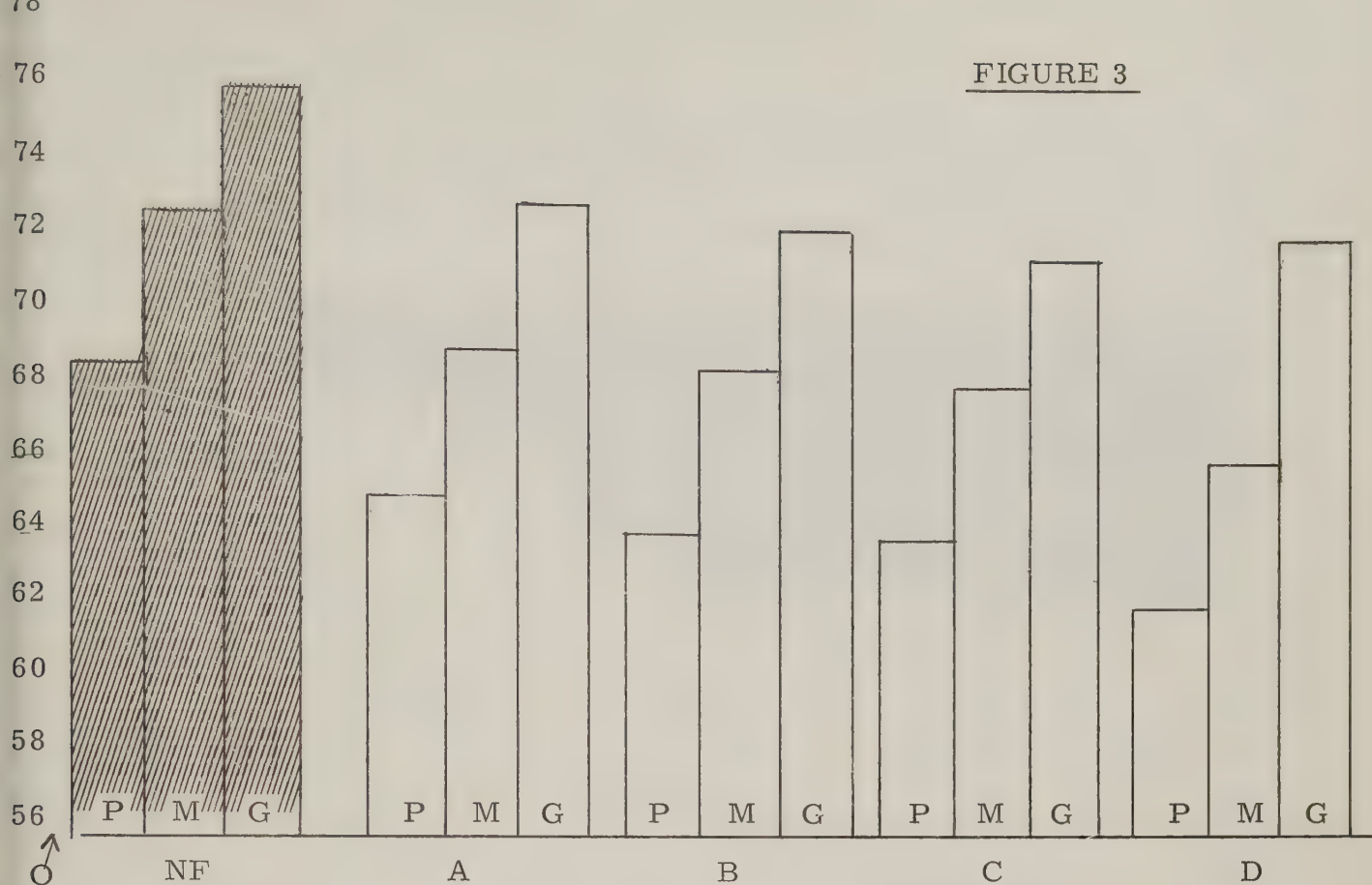
60

58

56

O

FIGURE 3



Déficit pondéral des fumeurs de cigarettes suivant leur niveau de consommation et en fonction de leur taille ; sont considérés ici tous les sujets de 18 à 60 ans.

65

63

61

59

57

55

53

51

49

47

45

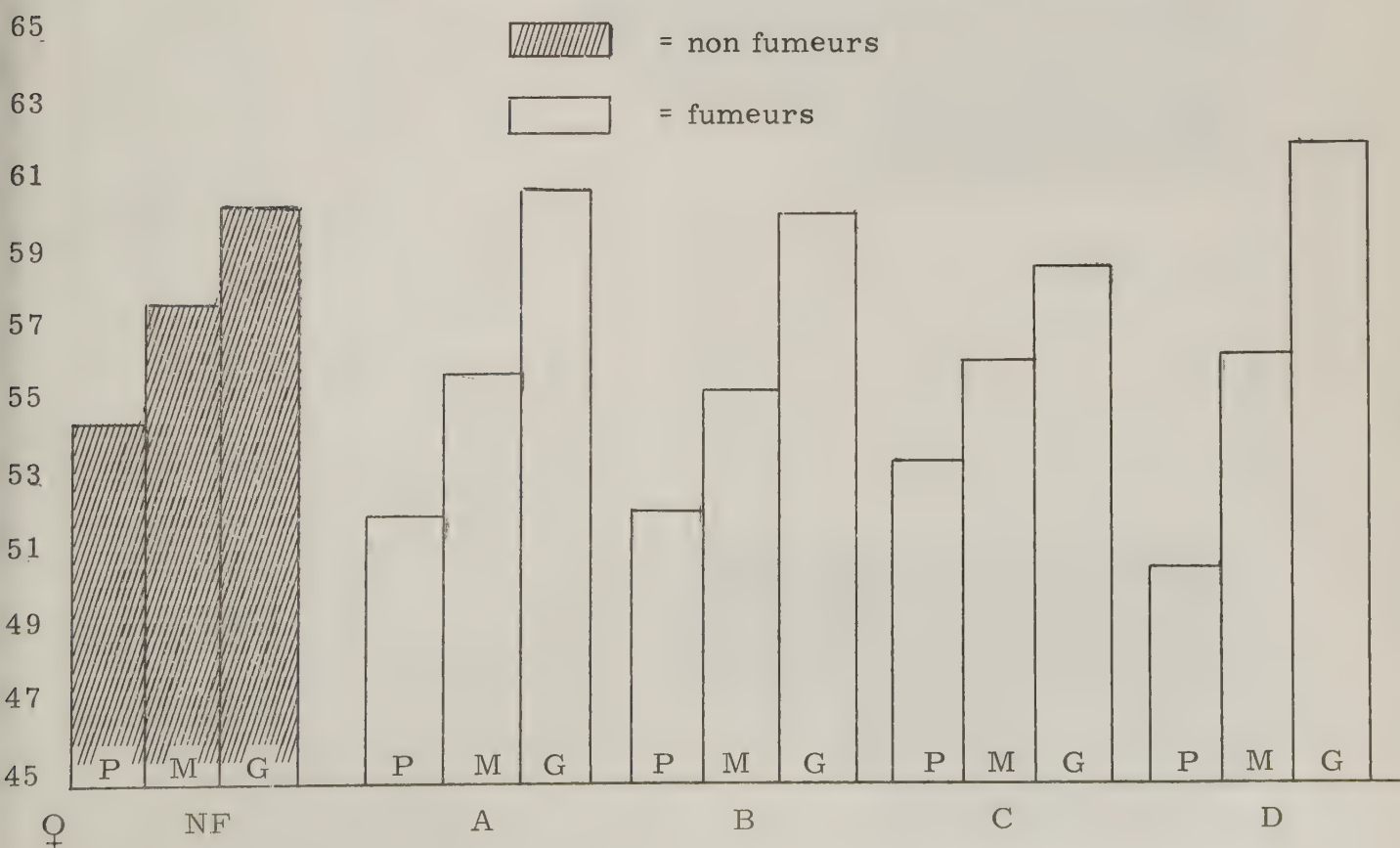
O



= non fumeurs



= fumeurs

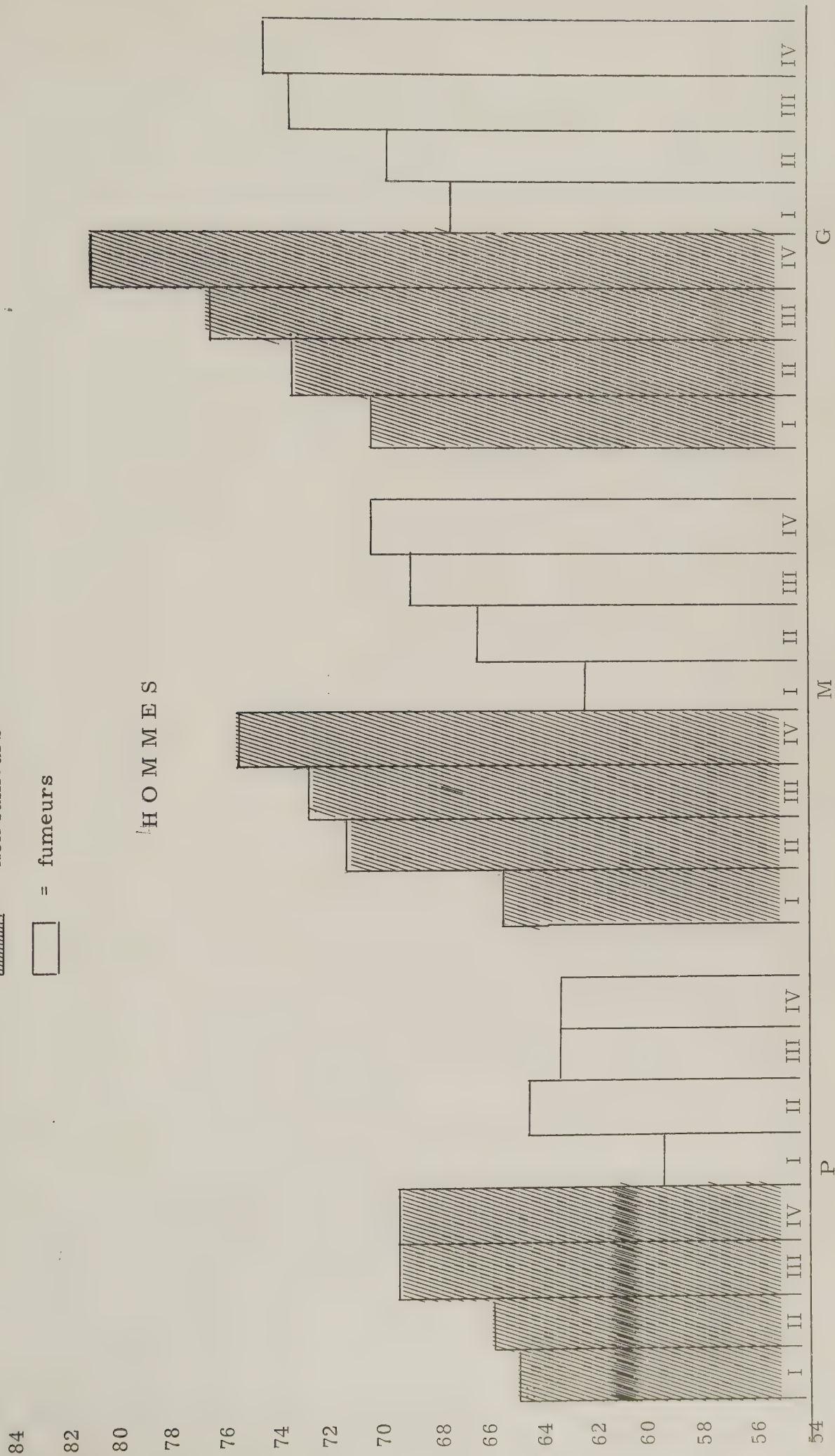


Déficit pondéral des fumeurs de cigarettes en fonction de leur taille

et de leur niveau de consommation, ainsi que de leur âge

 = non fumeurs
 = fumeurs

H O M M E S



71

69

67

65

63

61

59

57

55

53

51

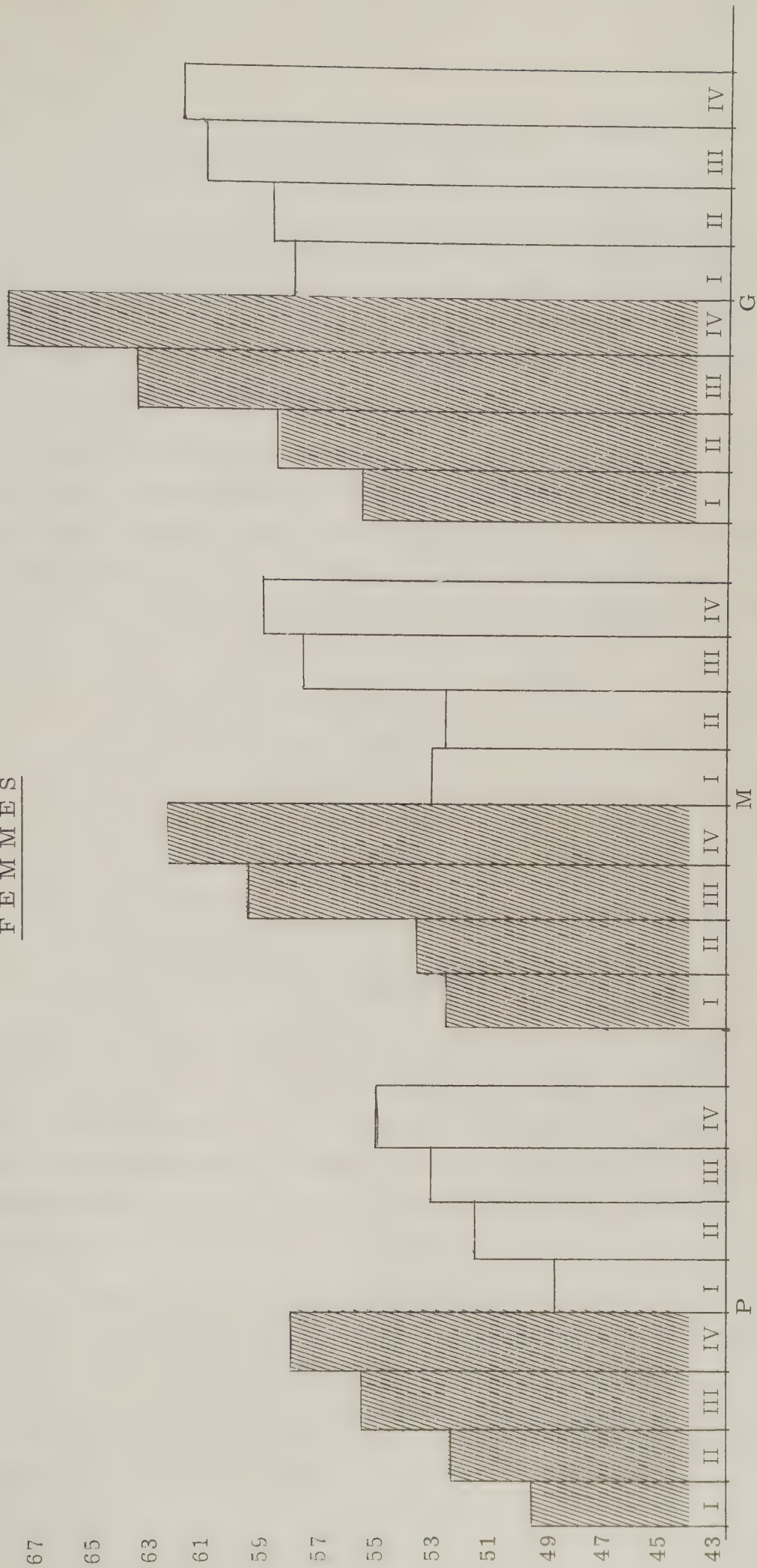
49

47

45

43

F E M M E S



SEVRAGE TABAGIQUE

Chez certains sujets, l'arrêt total de la fumerie de cigarettes n'entraîne pas de modification pondérale nette, ou tout au moins celle-ci n'attire pas l'attention. En réalité, un contrôle minutieux des faits permet d'objectiver le plus souvent un gain pondéral assez considérable, que Hammond et Percy trouvent chez 74 % de leurs sevrés.

Nous avons relevé 44 cas de sevrage total, tous concernant des hommes. Dans 11 cas, un changement net de poids n'a pas pu être affirmé, le poids après le sevrage étant égal ou supérieur au maximum de 2 kilogrammes à celui d'avant le sevrage. Cependant, dans les 33 cas restants, représentant donc 74 % de la totalité, le sevrage total entraîne un gain pondéral marqué qui est :

- 2 fois de 3 kilogrammes
- 6 fois de 5 kilogrammes
- 5 fois de 6 kilogrammes
- 4 fois de 8 à 9 kilogrammes
- 5 fois de 10 kilogrammes
- 6 fois de 11 à 15 kilogrammes
- 2 fois de 17 kilogrammes
- 3 fois de 21 à 28 kilogrammes.

Ces gains pondéraux varient suivant les sujets, mais leur ampleur est dans une certaine mesure fonction du niveau de consommation abandonné : pour un niveau de consommation quotidien en cigarettes de 10, le gain pondéral est de 2 à 7 kilogrammes, quand il est de 20 le gain pondéral est de 3 à 10 kilogrammes, à 30 il est de 6 à 17 kilogrammes et à 40 il est de 8 à 24 kilogrammes.

Cette corrélation entre le niveau de consommation abandonné et l'importance du déficit pondéral qu'il entraînait est confirmé par nos cas de sevrage partiel, où les fumeurs passent de 40 à 20 cigarettes par jour avec un gain pondéral de 5 à 11 kilogrammes, ou de 20 à 5 cigarettes par jour en grossissant de 3 à 10 kilogrammes.

Il n'y a qu'une apparence de contradiction entre, d'une part ces faits qui montrent le rapport existant entre l'importance du tabagisme et la maigreur qu'il peut occasionner, et d'autre part la non-proportionnalité du déficit pondéral avec le niveau de consommation au-dessus de 5 cigarettes par jour, telle qu'elle a été notée plus haut dans la statistique concernant le déficit pondéral moyen. Il s'agissait alors en effet d'une moyenne concernant tous les fumeurs saisis statistiquement à un moment où ils supportent relativement bien leur manie; dans cet ensemble, les sujets plus gravement touchés par le tabagisme ne sont qu'une minorité n'influençant guère une moyenne faussée par ailleurs par un contingent non négligeable de sujets pléthoriques, "bons vivants", fumant abondamment. Au contraire, les sevrages sont dans la majorité des cas entrepris pour des raisons de santé assez sérieuses, répondant alors à une atteinte de l'état général ; dans le tabagisme avec pathologie clinique nette, le degré d'amaigrissement est, pour l'ensemble des cas, fonction du niveau de consommation tabagique.

L'interrogatoire des fumeurs maigres précise comment s'installe le retentissement général de la fumerie de cigarettes ; joint à l'étude clinique, il permet de distinguer le petit retentissement général de la grande atteinte générale. Le petit retentissement général perturbe peu le fumeur, n'entraînant qu'un déficit pondéral moyen inconstant de 2 à 4 kilogrammes chez l'homme et de 1 à 3 kilogrammes chez la femme, déficit pratiquement négligeable chez les non-inhaleurs et les non-prédisposés. L'importante atteinte générale est celle des forts consommateurs inhaleurs, dont le déficit pondéral peut dépasser 20 kilogrammes ; elle peut s'installer peu à peu, mais survient en fait très souvent brusquement, volontiers à la suite d'une importante élévation de la consommation tabagique comme si l'organisme ne supportait plus l'intoxication à un moment donné, fait qui s'observe vers la vingtième année de consommation et va souvent de pair, comme nous le verrons plus loin, avec des altérations pulmonaires ; on constate d'ailleurs qu'un pourcentage relativement élevé de fumeurs, âgés de 40 à 60 ans, s'arrête alors de fumer sans aucune difficulté, d'une manière quasi inconsciente, aidé en cela par une sorte de dégoût pour le tabac.

Le regain pondéral après sevrage est surprenant de rapidité : il est couramment d'un kilogramme par semaine au début. Quand il dépasse 10 kilogrammes, les sujets concernés perdent après plusieurs mois quelques kilogrammes, du fait souvent d'une modification spontanée du régime alimentaire. Les gains pondéraux constatés chez la femme sevrée sont dans l'ensemble un peu moins marqués que chez l'homme, mais il est probable qu'il s'agit là d'une des marques de la vigilance féminine quant à la sécurité de l'esthétique générale.

L'amaigrissement des fumeurs et le regain pondéral des fumeurs sevrés ne sont pas liés, comme il est courant de le dire, uniquement à l'action du tabac sur l'appétit. Certes, en contrariant l'hypoglycémie, le tabac trompe la faim ; mais un grand nombre de nos fumeurs, même très maigres, dont le tabagisme est élevé, conservent un excellent appétit, et nous en avons vu bénéficier au sevrage d'un regain pondéral considérable. Chez ceux-ci, le fait de fumer devait jouer soit sur la digestion, soit sur l'assimilation, directement ou indirectement, par une action sur la lipodiérèse pulmonaire, par des modifications salivaires et par bien d'autres faits car le mécanisme de la maigreur chez les fumeurs peut ne pas être univoque. Quant au regain pondéral du sevré, il est certain que pour un grand nombre il est facilité par une recherche orale de substitution ; cependant cette activité compensatrice qui pousse à s'alimenter plus abondamment et en particulier à distraire son goût par diverses sucreries est transitoire, inconsistante et très variable d'un sujet à l'autre.

Nous allons d'ailleurs voir que l'étude d'un groupe de malades donne quelques précisions sur la survenue et le mécanisme de la maigreur tabagique.

A P P E N D I C E S

APPENDICE 1

PNEUMOTHORAX SPONTANE IDIOPATHIQUE DES FUMEURS

Sans reprendre le travail de Fournier et Zivy, concernant 61 cas de pneumothorax spontané idiopathique (P.S.I.), nous nous servons ici d'un tableau résumant leurs constatations et du graphique les reproduisant.

Cette étude montre essentiellement que, depuis le début du siècle, la fréquence de survenue du P.S.I. a augmenté considérablement chez les sujets de plus de 25 ans, pour lesquels on note un tabagisme beaucoup plus accentué que celui des témoins fumeurs (pic B sur le graphique). Quant au P.S.I. des sujets de moins de 25 ans, dit "P.S.I. du conscrit", il ne semble pas que son apparition soit si étroitement liée au tabagisme (pic A).

Cependant, même parmi ces sujets jeunes les auteurs ont constamment observé chez les fumeurs ayant eu un P.S.I. un déficit pondéral moyen plus important que celui des fumeurs témoins. Ce déficit pondéral, le plus souvent d'origine tabagique après 25 ans, surtout constitutionnel avant 25 ans, reçoit alors une tentative d'explication :

"La cause de la maigreur n'étant pas la même dans les deux cas, on peut se demander si ce n'est pas le trouble lipidique qui intervient en lui-même dans la genèse du P.S.I. (perturbation éventuelle de la régulation tensio-alvéolaire liée aux lipides du surfactant).

D'autre part, il y a chez les P.S.I. un très important sur-déficit comparativement aux témoins et, par conséquent, chez les fumeurs faisant un P.S.I. existe un trouble métabolique plus important que chez les autres fumeurs :

- soit un trouble métabolique général, par exemple une plus grande excrétion des catécholamines ou une plus grande action de celles-ci au niveau des tissus adipeux,
- soit des perturbations pulmonaires plus accusées avec une action sur la lipodiérèse et production du P.S.I.

Enfin, l'étude des lésions radiologiques trouvées chez certains fumeurs et chez ceux qui font un P.S.I. montre qu'à consommation de tabac égale, ces altérations se constituent inégalement.

Ces différences selon les sujets peuvent certes n'être liées qu'à des modalités particulières d'inhalation de la fumée, mais il est possible aussi que, toutes choses égales d'ailleurs, le tabac lèse plus les poumons et leurs fonctions métaboliques chez certains sujets. Un mécanisme de perturbation de l'immunité, lié au tabac, n'est donc pas exclu ; sa nature hapténique et multiple est probable. "

°
° °

TABLEAU I

*Comparaison des sujets ayant eu un pneumothorax spontané
idiopathique et d'une population masculine témoin (T) ou des témoins fumeurs (T. F.)
Comportement tabagique — Morphologie
Les chiffres entre parenthèses concernent les témoins T. et T. F.*

Tranches d'âges	18 à 25	26 à 35	36 à 45	46 à 60	plus de 60 ans
Consommation cigarettes/jour (T.) { par tête par fumeur	12 (10) 17,4 (14,4)	20,3 (11,2) 21,4 (15,9)	20,6 (11,3) 20,6 (16,4)	21 (10,3) 25 (15,2)	27 (8,5) 27 (13,7)
% de non-fumeurs (T.)	23 % (30,3 %)	5 % (a) (28 %)	0 % (28,8 %)	28 % (b) ou 0 % (30 %)	0 % (41,5 %)
% de sujets fumant par jour (T.) { plus de 15 cig. plus de 24 cig.	53,8 % (31,5 %) 15,4 % (9,4 %)	70 % (34,9 %) 20 % (10,8 %)	80 % (35,2 %) 27 % (11,6 %)	57 % (32,8 %) 43 % (6,9 %)	100 % (23,7 %) 66 % (5,1 %)
% des sujets ayant (T. F.) { plus de 1,77 m moins de 1,68 m	38,4 % (30,7 %) 7,6 % (12 %)	15 % (16,8 %) 15 % (22,6 %)	20 % (13,5 %) 33,3 % (29,5 %)	14,3 % (11 %) 57,1 % (35,3 %)	33 % (12,5 %) 66,6 % (50 %)
Déficit pondéral moyen (valeur absolue) (T. F.)	7,49 kg (2,83 kg)	10,2 kg (3,1 kg)	10,8 kg (5,8 kg)	13,05 kg (4,8 kg)	19,8 kg (4,05 kg)
% des sujets dont le déficit pondéral excède 10 % du poids moyen des témoins non fumeurs { N. Fum. (T.N.F.) Fum. (T.F.)	100 % (25 %) 50 % (38 %)	0 % (20 %) 74 % (31 %)	(c) (22 %) 73 % (38 %)	0 % (18 %) 100 % (41 %)	(c) (13,5 %) 100 % (30 %)

a) et b) 2 fois sur 3 il s'agit d'anciens fumeurs, d'autre part il y a chez ces sujets des facteurs étiologiques possibles en dehors du tabac (troubles cardiovasculaires, parasitoses, etc...), fait non observé chez nos PSI non fumeurs avant 26 ans.

c) Pas de non-fumeurs parmi nos PSI survenus à ces âges.

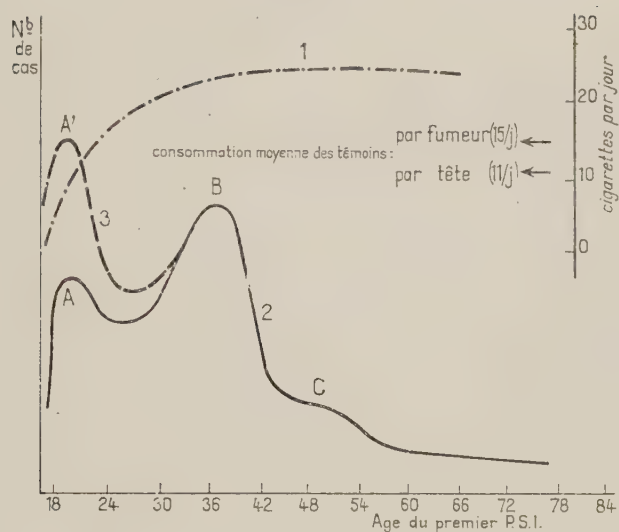


FIG. 1. — Fréquence du pneumothorax spontané idiopathique suivant l'âge où il survient.

1. Consommation moyenne des sujets au moment du premier P. S. I.
2. Fréquence du P. S. I. suivant l'âge.
3. Idem. Courbe rétablie en compensant les modalités de recrutement qui minimisaient A.

AA' : PSI classique du jeune : facteur tabac limité ;

B : PS de l'adulte : facteur tabac dominant ;

C : PS de la cinquantaine : facteur tabac + involution emphyséma-teuse.

APPENDICE 2
SCLERO-BULLOSE ET TABAGISME

Un travail de Zivy concerne la consommation tabagique moyenne, en cigarettes par jour, de malades atteints de scléro-bullose pulmonaire ; 71 cas sont rapportés, dont 67 ayant une anamnèse tuberculeuse.

En les comparant à une population témoin, l'auteur s'est aperçu que parmi les sujets ayant des antécédents tuberculeux, le degré des séquelles scléro-bulleuses est plus important chez ceux ayant trop fumé avant et surtout pendant le traitement, et ce d'autant plus que la consommation était plus élevée. Il a pu d'autre part observer une influence encore plus importante du tabagisme chez les sujets indemnes de tuberculose et présentant des lésions de scléro-bullose, bien que dans ce cas l'apparition des symptômes soit retardée.

Quand on sait par ailleurs que cette scléro-bullose peut se compliquer par la survenue d'un P.S.I. (et l'action de la fumée sur la tension intra-alvéolaire en est sans doute un facteur essentiel), la nécessité d'une abstention tabagique complète chez les malades devient encore plus évidente.

Zivy fait de la scléro-bullose un élément du "poumon tabagique" : "... poumon toxique chronique avec discrète pneumoconiose où dominent bronchite chronique, sclérose, et emphysème volontiers bulleux".

Le tableau suivant résume les observations de l'auteur.

°
° °

CONSOMMATION MOYENNE
DE SUJETS ATTEINTS DE SCLERO-BULLOSE
ET DE LA POPULATION MASCULINE TEMOIN

(mêmes âges et milieu)
(cig. /jour - non fumeurs inclus)

		Degré de scléro-bullose				Population témoin
		+	++	+++	++++	
Tuberculeux guéris. Consommation moyenne autour du dernier traitement	avant	23, 1/j.	19, 4/j.	26/j.	28/j.	Ensemble (non-fumeurs inclus) : 10, 4/j. (seuls fumeurs 15 à 16/j.)
	pendant	14, 3/j.	16, 2/j.	23/j.	30/j.	
	après	15/j.	12, 7/j.	14, 1/j.	16/j.	
Sujets n'ayant jamais eu de BK malgré contrôles réitérés.		16, 6/j.	26/j.	25, 3/j.	33/j.	

APPENDICE 3

REMARQUES SUR LE COMPORTEMENT TABAGIQUE
DANS DIVERSES ETHNIES

Faute d'effectifs suffisants, notre enquête ne fournit de renseignements notables que pour les hommes.

Chez les Noirs ainsi que chez les Jaunes, la proportion des non-fumeurs est beaucoup plus importante que dans la population parisienne blanche, et varie souvent en fonction du pays d'origine : en effet, si la différence est considérable quant aux Noirs africains, elle est intermédiaire chez les Antillais. Cette dernière constatation rejoint le fait que l'on observe beaucoup de non-fumeurs dans les pays noirs qui ne produisent pas de tabac et dont le pouvoir d'achat est faible.

Chez les Arabes d'Afrique du Nord, le type de consommation tabagique se rapproche de celui des Métropolitains. Alors que les jeunes Arabes fument moins que les jeunes Parisiens (il y a respectivement 36 % et 28 % de non-fumeurs), le recours au tabac devient très fréquent de 46 à 60 ans, dépassant la consommation des Métropolitains du même âge : on trouve en effet respectivement 14,3 % et 31 % de non-fumeurs, 67,6 % et 32,8 % de forts consommateurs, et 24,7 % et 6,9 % de très forts consommateurs.

PROPORTION DE FUMEURS PARMI DIVERSES ETHNIES
DE TRAVAILLEURS PARISIENS DU SEXE MASCULIN

	ensemble	I	II	III
Arabes d'Afrique du Nord	70	63,6	69	86,6
A	4,4	9,1	4,6	0
B	17,7	22,7	18,4	9,5
C	27,4	22,7	26,1	42,9
D	15,9	9,1	15,3	24,7
fumeurs divers	4,6	0	4,6	9,5
Noirs d'Afrique	40,4	34	40,5	
A	1,6	6,6	0	
B	16,1	0	23,8	
C	16,1	20,8	14,3	
D	1,8	6,6	0	
fumeurs divers	4,8	0	2,4	

C O N C L U S I O N

C O N C L U S I O N

En 1969-1970, nous avons pu constater qu'il existe dans un échantillon de travailleurs parisiens, représentatif d'une population, un nombre très élevé de fumeurs : 68,5 % des hommes et 35 % des femmes fument.

- Une mesure de l'imprégnation tabagique sociale est donnée par l'important pourcentage de forts consommateurs de cigarettes, ceux-ci inhalant en général la fumée : on note par exemple que 51 % des hommes fumeurs de cigarettes en consomment au moins 20 par jour, le niveau 30 par jour étant atteint ou dépassé par 14 %.

La fumerie de cigarette, qui se développe surtout depuis le début du siècle, a amené une véritable transformation des effets du tabac, car celui-ci est consommé en plus grande quantité, plus tôt, couramment, et d'une autre manière, représentée par l'inhalation. Cette dernière permet au tabac d'avoir une action directe sur les poumons et les bronches, alors qu'autrefois seule la bouche lui était offerte ; la surface d'absorption étant ainsi considérablement majorée, d'une simple habitude on est passé à un besoin, souvent à une nécessité, et la manie occupationnelle est devenue toxicomanie avec les conséquences désastreuses qui en résultent.

Un déficit pondéral moyen survient chez le fumeur de cigarettes, surtout inhaleur, acquis avec une faible consommation et ne s'accroissant pas quand la consommation augmente : il est dans l'ensemble de 4 kilogrammes pour l'homme et de 2 kilogrammes pour la femme. Ce déficit pondéral ne peut pas être attribué seulement à l'action du tabac sur l'appétit, mais nous avons vu que ses causes sont actuellement difficiles à préciser, bien qu'une atteinte directe des fonctions lipidiques du tissu pulmonaire paraisse très concevable. Notons qu'il y a en ce moment un remaniement des nomenclatures concernant les corps gras ainsi que des connaissances relatives à leurs métabolismes, rendant toute affirmation impossible dans ce domaine.

Le sevrage tabagique total montre que ce déficit pondéral est réversible dans un certain nombre de cas : il en a été ainsi pour 74 % de nos fumeurs sevrés. Les regains pondéraux varient alors selon les sujets, mais leur ampleur est dans une certaine mesure fonction du niveau de consommation abandonné.

Nous avons pu également nous préoccuper des variations de consommation tabagique des fumeurs en fonction de leur taille. Si de nombreux faits complexes et difficilement interprétables sont ainsi apparus, il en ressort cependant avec netteté que parmi les sujets les plus âgés, ce sont ceux dont la taille est la plus basse qui fument le plus.

Sans nous intéresser dans notre enquête centrale à la plupart des faits pathologiques où le tabac joue un rôle de mieux en mieux connu, nous n'avons considéré comme élément permettant de juger un de ses effets que le poids des fumeurs. Et il est assez remarquable qu'une simple investigation de cet ordre fasse apparaître une action importante du tabac sur un fait métabolique primordial.

Par ailleurs, des enquêtes limitées à des groupes de malades, mais comparatives avec des témoins sains, apportent une preuve difficilement réfutable du rôle que joue le tabac dans le déterminisme et l'évolution de ces affections. Ces faits confirment la gravité sociale du tabagisme, qui atteint tous les milieux et, même, dans ceux-ci, les sujets les plus jeunes. Les innombrables lésions pulmonaires rencontrées, presque toujours associées les unes aux autres, semblent autoriser l'expression "poumon tabagique" qu'emploie Zivy, d'autant que la réalisation expérimentale en a été possible (travaux d'Auerbach).

En particulier à cause des effectifs utilisés, notre étude est relativement limitée en matière statistique. Elle montre cependant tout l'intérêt social qu'il y aurait à l'élargir considérablement en s'aidant de l'informatique ; ces possibilités matérielles permettraient sans doute de préciser plus avant la cause de l'amaigrissement des fumeurs et d'y associer une

étude des composantes individuelles des sujets, surtout psychiques. De telles recherches seraient sûrement constructives si l'on en juge par le fait que déjà la nôtre a pu mettre en évidence une influence de la taille sur le comportement tabagique.

°
° °

BIBLIOGRAPHIE

BIBLIOGRAPHIE

1. AUERBACH, STOUT, CUYLER, GARFINKEL et HAMMOND
Modifications histologiques des bronches et du parenchyme pulmonaire
en fonction du tabagisme
Amer. Rev. Resp. Dis., 6, 867, 1964
New Engl. J. Med., 269, 1045, 1963.
2. AUERBACH, HAMMOND, KIRMAN et GARFINKEL
Emphysema produced in dogs by cigarette smoking
J.A.M.A., 199-241, 1967.
3. BLACKBURN H., BROZEK J., TAYLOR H. L. et KAYS A.
Comparison of cardiovascular and related characteristics in habitual
smokers and non-smokers
Ann. N.Y. Acad. Sci., 90, 277, 1960.
4. BOYLE B. Jr, MORALES I. B., NICHAMAN K. Z., TALBERT C. R. Jr et
WATKINS R. S.
Serum beta-lipoproteins and cholesterol in adult men : relationship
to smoking, age and body weight
Geriatrics, 23, 102, 1968.
5. BROZEK
Changes in body weight in normal men who stop smoking cigarettes
Science, 125, 1203, 1957.
6. CARLSON L. A. et LINDSTEDT S.
The Stockholm prospective study. I. - The initial values for plasma lipids
Acta Med. Scand. Suppl., 493, 1969.
7. DAMON A.
Constitution and smoking
Science, 134, 339, 1961.
8. DAWBER T. R., KANNEL W. B., REVOTSKIE N., STOKES J., KAGAN A.
et GORDON T.
Some factors associated with the development of C. H. D. : six years
follow-up experience on the Framingham study
Amer. J. Publ. Hlth., 49, 1349-1356, 1959.
9. DICKSTEIN et FEINBERG
Effects of cigarette smoking and nicotine on serum free fatty acids
Circ. Research, 9, 631, 1961.
10. DOYLE J. T., DAWBER T. R. et KANNEL W. B.
The relationship of cigarette smoking to coronary heart disease :
the second report of the combined experience of the Albany, N. Y.
and Framingham
Mass., Studies, J.A.M.A., 190, 886, 1964.

11. FOURNIER E. et ZIVY P.
Poumon et tabac
Le Poumon et le Coeur, 9, 1109-1125, 1970.
12. HIGGINS M. W. , KJELSBERG M. et METZNER H.
Characteristics of smokers and non-smokers in Tecumseh, Michigan ;
I. - the distribution of smoking habits in persons and families and their
relationship to social characteristics
Amer. J. Epidemiol. , 86, 45, 1967.
13. HIGGINS M. W. et KJELSBERG M.
Characteristics of smokers and non-smokers in Tecumseh, Michigan ;
II. - the distribution of selected physical measurements and physiologic
variables and the prevalence of certain diseases
Amer. J. Epidemiol. , 86, 60, 1967.
14. JENKINS C. D. , ROSENMAN R. H. et ZYZANSKI S. J.
Cigarette smoking. Its relationship to coronary heart disease and
relative risk factors in the western collaborative group study
Circulation, 38, 1140, 1968.
15. KANNEL W. B. , DAWBER T. R. , GLENNON W. E. et THORNE M. C.
Preliminary report : the determinants and clinical significance of
serum cholesterol
Massachusetts J. Med. Techn. , 4, 11-29, 1962.
16. KARVONEN A. , ORMA E. , KEYS A. , FIDANZA F. et BROZEK J.
Cigarette smoking, serum cholesterol, blood pressure and body fitness.
Observations in Finland
Lancet, I , 492, 1959.
17. KERSHBAUM et Coll.
Effect of cigarette smoking on free fatty acids in patients with healed
myocardial infraction.
Amer. J. Cardiol. , 10, 204, 1962.
18. KERSHBAUM et BELLET
Cigarette smoking and blood lipids
J. A. M. A. , 32, 187, 1964.
19. KERSHBAUM, KHORSANDIAN, CAPLAN, BELLET et FEINBERG
Rôles des catécholamines dans le comportement des acides gras libres
après fumerie de cigarettes
Circulation, 28, 52, 1963.
20. KERSHBAUM, BELLET, JIMENEZ et FEINBERG
Differences in effects of cigare and cigarette smoking on free fatty
acid mobilisate and catecholamine excretion
J. A. M. A. , 195, 1095, 1966.

21. KERSHBAUM, PAPPAJOHN et BELLET
Effect of nicotine and tobacco smoke on the disappearance and distribution of administred palmitic -I-C¹⁴ acid
(Philadelphia Pa.) Circulation, 34, suppl. 3, 17, 1966.
22. LELLOUCH J., ANGUERA G. et SCHWARTZ D.
Corrélations entre l'usage du tabac et quelques caractéristiques cliniques et biologiques
Bull. INSERM., 22, 271, 1967.
23. LUNDMAN T.
Smoking in relation to coronary heart disease and lung function in twins. A co-twin control study
Acta Med. Scand., 180, suppl. 455, 5-69, 1966.
24. McCANN M. B., TRULSON M. F. et STARE F. J.
Follow-up study on serum cholesterol and physical findings of Italian-American factory workers
Amer. J. Clin. Nutr., 9, 351, 1961.
25. PERRIN M. J., KRUT L. H. et BRONTE-STEWARD B.
Smoking and food preference
Brit. Med. J., I, 387, 1961.
26. RICHARD J. L., LELLOUCH J., CLAUDE J. R. et SCHWARTZ D.
Lipidémie, consommation de tabac et corpulence. Etude d'une population masculine active de 7 972 sujets
Arch. Mal. du Coeur, 62ème année, suppl. 3, Rev. Athéroscl. et Artériop. Périph., 71-87, 1969.
27. ROGER et BINET
La fonction lipolytique du poumon
Bull. Acad. Nat. Med. (Paris), 1921.
28. ROGER, BINET et VERNE
Le processus histologique de la lipodiérèse
C. R. Soc. Biol. (Paris), mai 1923.
29. SALESSES
Contribution à l'étude de la lipodiérèse chez l'homme (étude comparée de la lipémie et de la ventilation)
Thèse, Paris, 1961.
30. SELTZER C. C.
Morphologic constitution and smoking
J. A. M. A., 183, 639, 1963.
31. TRINQUET Mme, CLAUZEL, SAINDELLE et MEYER
Influence de la fumée de cigarette et de l'un de ses constituants sur le transfert de l'oxyde de carbone
Bull. Phys. Pathol. Resp., 4, 723, 1968.

32. ZIVY P. et LEBEDEL
Oxycarbonémie des fumeurs
Entr. Bichat, 487, 1961.
33. ZIVY P.
Le tabac, son histoire et son bon usage
Coll. 10/18, 270, Union Gén. d'Ed., Paris, 1965.
34. ZIVY P.
Le pneumothorax spontané des fumeurs. Le poumon tabagique.
Tabagisme alvéolaire et troubles métaboliques
Rev. Tuberc. et Pneum., I, 125-158, 1970.
35. ZIVY P. et FOURNIER E.
Tabagisme, emphysème bulleux et pneumothorax spontané idiopathique
Ann. Med. Int., 12, 1049-1056, 1970.

°
° °

Vu et permis d'imprimer
Le Recteur de l'Académie de Paris

R. MALLET

Vu le Doyen de la Faculté de Médecine
Necker - Enfants Malades

H. JEROME

Vu le Président de Thèse
E. FOURNIER

